

УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“ - ШТИП
ФАКУЛТЕТ ЗА МЕДИЦИНСКИ НАУКИ
КАТЕДРА ЗА БОЛЕСТИ НА УСТА И ПАРОДОНТОТ

ТРЕТ НАУЧЕН СИМПОЗИУМ

ОКЛУЗАЛНА БОЛЕСТ



ЦИКЛУС
КОНТИНУИРАНА СТОМАТОЛОШКА ЕДУКАЦИЈА

12 ДЕКЕМВРИ 2014 (ПЕТОК)
СВЕЧЕНА САЛА НА ПРАВЕН ФАКУЛТЕТ (СТАР РЕКТОРАТ)

09:30-10:30

Пријавување и регистрација

10:45-11:30

**Проф. д-р Ана Миновска,
ОКЛУЗАЛНА БОЛЕСТ: КОГА И ЗОШТО Е ВАЖНА
ОКЛУЗАЛНАТА СОСТОЈБА ?**

11:30-13:00

**Проф. д-р Парк Сангвон,
РЕХАБИЛИТАЦИЈА СО ДЕНТАЛНИ ИМПЛАНТИ КАЈ ПАЦИЕНТИ
СО ТОТАЛНА БЕЗЗАБОСТ**

13:00-13:30

Кафе пауза

13:30-14.15

**Проф. д-р Драгослав Стаменковиќ,
ОКЛУЗИЈА НА ПАРЦИЈАЛНИ КОМПЛЕКСНИ ПРОТЕЗИ-
ВИСТИНИ И ЗАБЛУДИ**

14:15-15:45

**Проф. д-р Јеонг Вонг,
ОКЛУЗАЛНА ТЕРАПИЈА КАЈ НАПРЕДНАТА
ПАРОДОНТАЛНА БОЛЕСТ**

15:45-16:00

Прашања и дискусија



www.ugd.edu.mk



Проф. д-р Ана Миновска

Редовен професор на Факултетот за медицински науки при Универзитетот Гоце Делчев Штип, меѓународен предавач од областа на пародонтологијата и ласерската стоматологија, визитинг професор на Стоматолошкиот факултет при Универзитетот во Јаши, Романиа, член на бордот на Балканското стоматолошко друштво и сопственик на Центарот за дентално здравје ЕТЕРНАдент

Предавач и организатор на голем број конгреси, симпозиуми и hands on курсеви во земјата и странство. Автор на учебници од областа на пародонтологијата. Добитник на голем број признанија и награди од областа на стоматологијата. Член на претседателството на Комисијата за стручни прашања на СКМ. Член на уредувачкиот одбор на стручното списание Bosnian J. of Dental Med.

ОКЛУЗАЛНА БОЛЕСТ:

КОГА И ЗОШТО Е ВАЖНА ОКЛУЗАЛНАТА СОСТОЈБА ?

Темата “оклузија” како и дијагнозата и третманот на “оклузалната болест” се од голема важност за секој стоматолог, бидејќи сè што правиме има влијание врз оклузијата на нашите пациенти и сè што правиме е засегнато од оклузијата на нашите пациенти. Оклузалната болест заедно со кариесот и пародонталната болест се трите главни причини зошто пациентите ги губат забите.

Секоја специјалност и секоја постапка во стоматологијата е под влијание на оклузијата, а сепак “професијата” се чини дека не е подготвена да се справи со “оклузалната болест” на рутинска основа.

Поради тоа од големо значење е правилно да се прилагоди оклузијата после било која реставративна процедура, но можеби од поголема важност е да се дијагностицира оклузалната нестабилност, пред да се започне, особено, со обемна реставративна терапија.

Генерализираните знаци и симптоми на оклузалната болест се забележуваат кај поголем дел од случаите во стоматолошката пракса. Дали стоматологот ќе одлучи да ја игнорира, одржува, или третира состојбата зависи од неговото искуство и вештина, но и од целите и желбите на пациентот. Кога оклузалната болест напредува до точка кога и темпоромандибуларниот зглобен комплекс почнува да страда, некој вид на третман треба да биде антиципиран со цел да се спречи понатамошно прогресирање и можната неповратна штета.

Како одговорни стоматолози клиничари потребно е да ги дијагностицираме оклузалните проблеми не само кога се планира реставративна постапка, но, исто така и кога постојат знаци и симптоми на “оклузална болест” затоа што таа е докажан непријател на долгорочното дентално здравје.



1991 – 2000 Park Sang Won Dental Clinic (private);
2000 – Present Professor, School of Dentistry,
Chonnam National University;
2002 – 2003 Visiting professor, University of Texas
Health Science Center at San Antonio, USA;
2003 – 2007 Chairman, Department of Prosthodontics,
Chonnam National University Hospital;
2007 – 2011 General director, Chonnam National
University Dental Hospital ;
2011 – present Director, RIS Foundation for
Advanced Biomaterials

Prof. Sangwon Park,

School Of Dentistry, Chonnam National University, Korea

РЕХАБИЛИТАЦИЈА СО ДЕНТАЛНИ ИМПЛАНТИ КАЈ ТОТАЛНА БЕЗЗАБОСТ

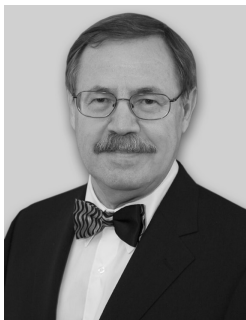
Денес, луѓето уживаат во подолг животен век и стоматолозите се повеќе се соочуваат со предизвикот за згрижување на пациентите со неповолен орален статус. И денес, третманот на пациентите со тотална беззабост претставува значаен дел од секојдневната стоматолошка пракса, а тоа е и натаму предизвик за успешен третман на овие пациенти.

Беззабоста кај пациентите може да се рехабилитира со поставување на дентални импланти врз кои се изработуваат фиксни или мобилни протетски реконструкции. Со максимизирање на протетската стабилност и функција, фиксните протетски изработки нудат значителни предности. Но, за изработка на мостова конструкција кај целосно отсуство на заби, понекогаш се неопходни повеќекратни хируршки постапки, како што се коскено графтување, подигнување на максиларниот синус, коскено реконтурирање како и примена на аугментациски техники. Терапевтскиот концепт “All-on-4”, со употреба на дентални импланти, овозможува брза рехабилитација со изработка на протетско помагало зацврстено врз четири импланти. Фиксните мостови конструкции може да условуваат моделација на невообичаени форми на забите, поради повеќе или помалку изразената коскена атрофија, кое пак може да ги намали естетските очекувања на пациентот. Современите безметални цирконија конструкции се наметнуваат пред класичните акрилатни покровни протези, овозможувајќи подобра естетика и супериорна издржливост.

Имплант-ретинираните протетски конструкции се првиот избор во услови на слаба анатомска потпора која тешко се менаџира со мостова конструкција, како изразената атрофија, слаб квалитет на коските, големата ангулација која ја условува поставата на имплантот, како и неповолниот однос корона/имплант. Овие конструкции претставуваат решение со кое може да се подобри функционалноста, да се балансираат мастикаторните сили и да се зголеми комфорот на пациентите, како и да се елиминираат многу проблеми кои беззабите пациенти може да ги имаат со конвенционалните тотални протези.

Мандибуларните имплант-ретинирани конструкции веќе претставуваат стандардна процедура во рехабилитацијата на беззабата долна вилица. Употребата на 2 или 4 импланти за ретенција на мандибуларната протеза, може да биде зајакната со примена на хоризонтална прачка врз која ќе ретинира протетската изработка. Вградување на два импланти е прв избор на третман кога постои голема нестабилност на мандибуларните мобилни протези. Третманските планови на терапија за максиларна рехабилитација се разликуваат од оние наменети за долната вилица. Различен е бројот на имплантите и различни се дизајните на системите за прицврстување во горната и долната вилица. Овие конструкции може да се сметаат за поволен избор на третман во случај на недоволен квантум на коска и недостатокот на ретенција и стабилизација на тоталните протези.

Долгорочен неуспех може да биде резултат на загуба на коскената маса околу забот и / или гингивално ткиво поради перимплантитис или механички оштетувања на имплантот. Воспоставени критериуми за успех се непречена функција од најмалку пет години во отсуство на болка, мобилност, радиографски промени и коскената рецесија околу имплантот поголема од 1,5 mm, појава на супурација или крварење или неможност за адекватна орална хигиена.



Проф. Д-р Драгослав Стаменковиќ,

Редовен професор на Стоматолошкиот факултет при Универзитетот во Белград; Редовен член на академијата на медицински науки на СЛД

Во текот на својата универзитетска кариера објавил околу 200 и реферирал 80 стручни и научни трудови и одржал преку 120 предавања. Автор, коавтор и уредник е на 12 учебници и монографии за основни и постдипломски студии. Проф. Стаменковиќ е повеќегодишен директор на Клиниката за стоматолошка протетика, продекан (1994-2000) и декан (2006-2012) на Стоматолошкиот факултет. Денес е заменик претседател на Советот на Универзитетот во Белград, избран претседател на Балканското друштво на стоматолози (BaSS) и член на уредувачкиот одбор на српската архива за целокупна медицина и Bosnian J. of Dental Med.

ОКЛУЗИЈА НА ПАРЦИЈАЛНИ КОМПЛЕКСНИ ПРОТЕЗИ

- вистини и заблуди

Целта на терапијата кај беззабите пациенти со парцијални комплексни протези (ПКП) е да се надокнадат изгубените заби и повторно да се воспостават изгубените функции. Предуслов за остварување на овие цели е воспоставување на физиолошка оклузија. Начинот на кој забите стапуваат во контакт при цвакање и голтање е значаен за целиот стоматогнатен систем. Теоретски, тој контакт се остварува како: идеална, физиолошка и патолошка оклузија. Во некои случаи, тој контакт има карактеристики на малоклузија.

Под идеална оклузија подразбираме воспоставување на прецизно дефинирани контактни односи меѓу забните низови. Овие односи се специфични за различни концепти на оклузија. Без оглед на научните толкувања и дефинирања на атрибутите на идеалната оклузија, не постои концепт на идеална оклузија кој може да се прогласи за универзален. Заедничко за сите толкувања на идеалната оклузија е дека ги апстрихираат ограничувањата кои се среќаваат во праксата. Воспоставувањето на идеалната оклузална морфологија кај најголем број на пациенти не е возможно или за истото би било потребно да се направат исклучително големи реконструктивни зафати.

Физиолошки оптимална оклузија е состојба која е најпогодна за сите функции на стоматогнатниот систем, состојба во која сите компоненти безболно функционираат и сите ткива се во добра здравствена состојба. При физиолошки оптимална оклузија забите се цврсти, не се болни на допир, а функцијата на темпоромандибуларните зглобови е слободна и безболна. Оптималната оклузија може да се оствари во многу широк вариетет на морфолошки односи, благодарейќи на можностите на адаптација на елементите на стоматогнатниот систем. Физиолошки оптималната оклузија се карактеризира со:

- стабилен и симултан контакт на сите заби кога кондилите на мандибулата ќе се најдат во физиолошки оптимална положба;
- непречено водење на предните заби;
- дисклузија на сите бочни заби при протрузија на мандибулата;
- несметано водење со канинот или групата на заби на работната страна при латеротрузија на мандибулата;
- дисклузија на сите заби на неактивната страна при латеротрузија на мандибулата;
- присуство на слободен интероклузален простор во положба на физиолошко мирување на мандибулата.

Предавањето има за цел да ги отргне дилемите, да ги разоткрие догмите и заблудите и да укаже на најчестите грешки во планирање на оклузијата кај парцијалните комплексни протези. Предавањето е поделено во три целини. Првата целина го опфаќа описот на основните гнатолошки принципи кои се важни за оклузија на ПКП. Тука спаѓа опис на основните гнатолошки принципи важни за оклузијата на ПКП. Втората целина го опишува дијагностицирањето на оклузијата на преостанатите заби, планирањето на оптимална оклузија на фиксните надокнади (фрезувани коронки, атечмени и телескоп коронки) како и планирање на елементите на стабилизација и поставување на забите. И конечно, третата целина ги опишува најчестите грешки во реконструкцијата на оклузијата на парцијални комплексни протези и дава совети како да ги превенираме и/или да ги отстраниме.



Jeong, Cheol Woong, Ph.D.

School of Dentistry, Chonnam National University, KOREA

- Clinical Professor at the School of Dentistry, CNU University
- Academic Director in Korea Academy of Periodontology
- Director of Periodontics and Implant seminar in MINEC
- 2005-2006 UCLA, School of Dentistry, Visiting Fellowship
- Director of the International Centric Guide Academy(ICA)
- Director of Gwangju Mir Dental Hospital, Korea
- CEO of KUWOTECH. Co.Ltd.

ОКЛУЗАЛНА ТЕРАПИЈА КАЈ НАПРЕДНАТА ПАРОДОНТАЛНА БОЛЕСТ

Пародонтална болест може да биде предизвикана и од состојбата на системското здравје како и локални фактори. Пациентите со напредната пародонтопатија вообичаено бележат загуба на алвеоларната коскена маса, длабоки пародонтални џебови, гингивална рецесија, мобилност на забите и на крајот можна е загуба на забите. Оклузалната терапија треба да се искористи при третман на пациенти со пародонтална болест, затоа што трауматската оклузија, исто така, води кон пародонтална болест.

Затоа, во случаи кога пациентот е во напреднат стадиум на пародонтална болест, планот за третман, во прв ред, треба да вклучи контрола на воспалителните знаци. Инфламацијата може да се контролира преку изведување на конвенционалните пародонтални третмани. Силите на делување, како потенцијални фактори на прогресија, може да се контролираат со оклузално прилагодување и терапија со оклузален сплент.

Контролата на силите не е секогаш

едноставна во реални клинички услови. Оклузалното прилагодување може да се постигне на два различни начини. Еден од нив е урамнотежување на централната релација кога централната оклузија соодветствува со физиолошката кондиларна позиција. Другиот начин е адаптирање на оклузијата во услови кога при различните мандибуларни движења не се предизвикува прекумерна мускулна тензија и се избегнуваат интерпроксимални интерференции.

Скелетниот систем треба да биде во постојана позиција. Сепак, трајни позициони промени предизвикани од оклузијата, прават потешкотии при поставување на постојана позиција во максило-фаџијалната регија. За да се надминат сите тешкотии, во употреба се посебни направи како “Leaf Gauge, Lucia Jig, Gothic Arch Tracer, OP Finder”.

Во оваа презентација, ќе бидат прикажани клинички случаи кај пациенти со напредната пародонтопатија, третирани во согласност со горе наведениот третманскиот концепт, како и резултатот од изведената терапија.



**Симпозиумот е акредитиран од
Стоматолошката комора на Македонија**





Универзитет „Гоце Делчев“ Штип
Адреса: ул. „Крсте Мисирков“ 10-А
Тел: 032/550 000
Факс: 032/390 700

E-mail: contact@ugd.edu.mk
www.ugd.edu.mk